ROK X. PAŹDZIERNIK 1930. Nr 10 (94)


# PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK


PRACA KONKURSOWA

DR. MED. KONRAD SZEPELSKI
Adjunkt Katedry Dentystyki Zachowawczej Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie.

## Próba zastąpienia arsenu w terapji zapaleń miazgi.

616 314.18

(Praca powyższa została wykonana przez autora jako stypendystę Min. W. R. i O. P., w klinikiach i laboratorjach Uniwersyteckiego Zakładu Stomatologicznego Wielkiego Księstwa Mecklemburg-Schwerin w m. Rostock pod kierownictwem Dyrektora Zakładu *Prof. Dr. med., Dr. fil. i Dr. med. dent. HANSA MORALA*).

W literaturze doby ostatniej, dotyczącej terapji zapaleń miazgi, wyłaniają się pewne odmiany w jej szczegółach, — zasadnicze dwa sposoby, całkowitego i częściowego wyłuszczenia pozostają nadal w użyciu.

Rozpatrzmy te klasyczne dwa sposoby z punktu widzenia anatomji patologicznej, bakterjologji i farmakologji.

### 1. STRONA ANATOMOPATOLOGICZNA.

Zapalenia miazgi są temi schorzeniami, które wymagają z tych lub innych powodów interwencji lekarskiej. Anatomopatologiczne zmiany w ich przebiegu przedstawiają się następująco:

Zanim w miazdze rozwinie się właściwe zapalenie, spotykamy już w odontoplastach tak zwany t r ó j o b j a w E u l e r a[9], polegający na powstawaniu:

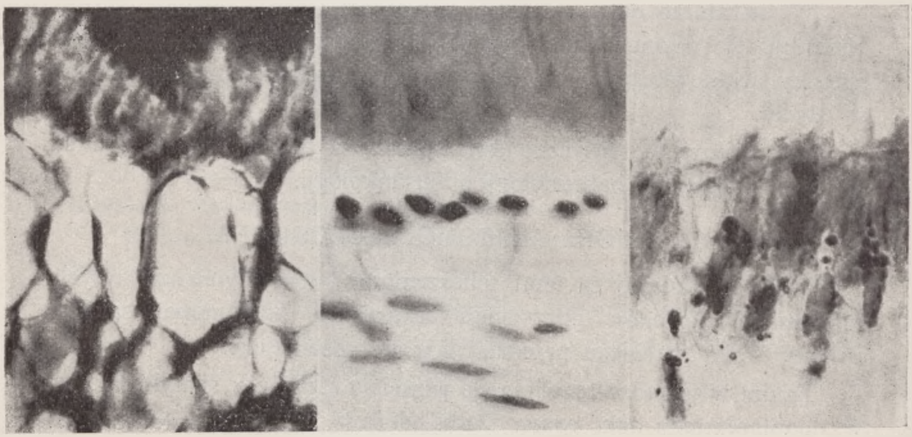
1-o wodniczek.
2-o pyknozy.
3-o zmian tłuszczowych. Rys. 1.

O ile proces posuwa się dalej, to w miazdze wystąpi stan, zwany przekrwieniem miazgi; niektórzy autorzy uważają stan ten za zapalenie i Rebel[32] podaje, że obserwował w stanie tym samoistne wyleczenie. Spotykamy tu więc następujący obraz anatomo-patologiczny: pojawienie się drobnych anastomozujących naczyń, które są nabite szczelnie ciałkami krwi. Większe naczynia mają wygląd pasemek wężowato zwiniętych i dość szerokich. Rys. 2.

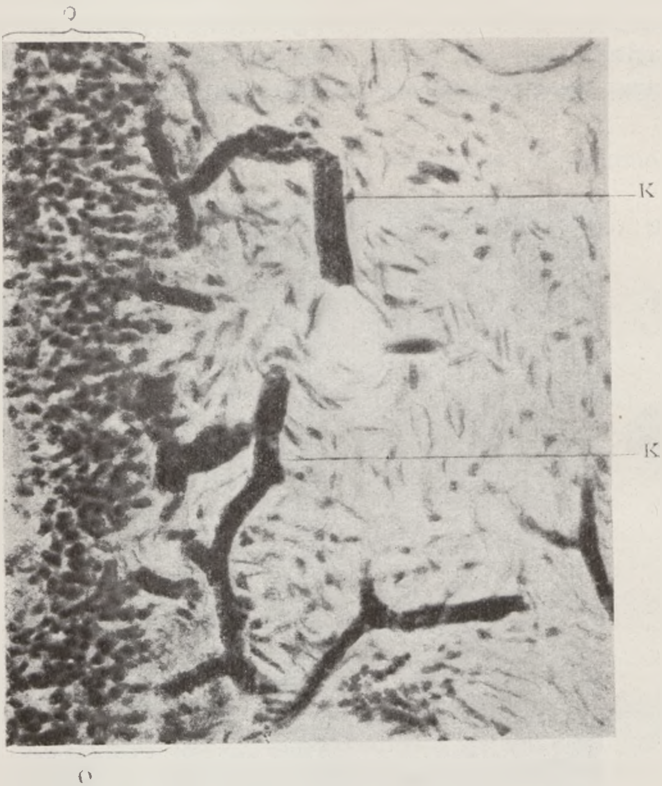
Z innych objawów występuje sieć włosowata dość silnie nastrzykana, która normalnie jest niewidoczna. Jeżeli sprawa posuwa się dalej i rozwinie się np. częściowo ostre surowicze zapalenie, to obraz zmieni się następująco:

Na pierwszy plan wystąpią rozszerzenia naczyń w większym stopniu, okrągłokomórkowa infiltracja i zwiększona ilość histjocytów. Przestrzenie międzytkankowe, dotychczas bezbarwne i niewidoczne, uwydatnią się w postaci tworów wrzecionowatych lub wielokątnych, a rozciągając tkankę miazgi, staną się widoczne na preparatach mikroskopowych. Rys. 3.

Wszystkie te zmiany spotykamy w obrębie tej części miazgi (zazwyczaj jej rogu), gdzie się rozwija ostre zapalenie surowicze. W dalszych zaś partjach miazgi tak koronowej, jak i korzeniowej stwierdzimy już wtedy:



Rys. 1. Trójobjaw Eulera *(Euler-Meyer Pathohistologie)*.




Rys. 2. Przekrwienie miazgi. *(Euler-Meyer).*

1-o nacieczenie drobnokomórkowe (słabe).

2-o wielojądrzaste leukocyty w nieznacznej ilości.

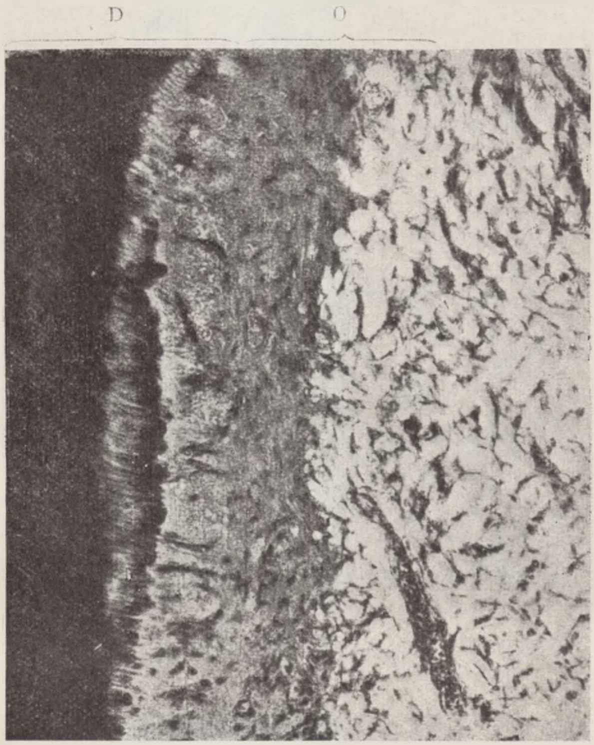
3-o cechy siatkowego zaniku.

Gdy tutaj (w rogu miazgi). rozwinie się częściowe ropne zapalenie, to oprócz wyżej opisanych zmian zobaczymy zwiększoną ilość leukocytów (kwasochłonnych) oraz gęściejszą ogólną infiltrację. Cały zaś proces otacza linja demarkacyjna, poniżej której, spotykamy zwykłą infiltrację i rozpad włókien nerwowych przeważnie w ich części miąższowej. (Euler-Meyer[9]). Rys. 4.

Proces częściowego ostrego zaaplenia miazgi. czy to ropnego, czy też surowiczego nie utrzymuje się długo jako taki i jeżeli przechodzi w zapalenie całkowite (tak jedno jak i drugie), to zmiany zyskują na rozpiętości i atakują ozębną; ewentualny zaś rozpad miazgi następowy należy zapisać na karb działania zaczynów leukocytów wieloją-

drzastych (Kantorowicz [20]), a bakterjom gnilnym pozostawić rolę drugorzędną.

Drugą kategorję zapaleń miazgi stanowią jej przewlekłe zapalenia.




Rys. 3. Przestrzenie międzytkankowe. *(Euler-Meyer).*

Naogół obraz anatomiczny jest przy nich do czasu mniej więcej jednakowy. Obraz ten zmienia się jednak z chwilą nastąpienia samoistnego otwarcia komory, czy to na drodze urazu mechanicznego (najczęściej aktu żucia), lub też patobiologicznego, przy wtórnie rozwijającej się próchnicy lub też zapalenia przewlekłego (działalność komórek olbrzymich).

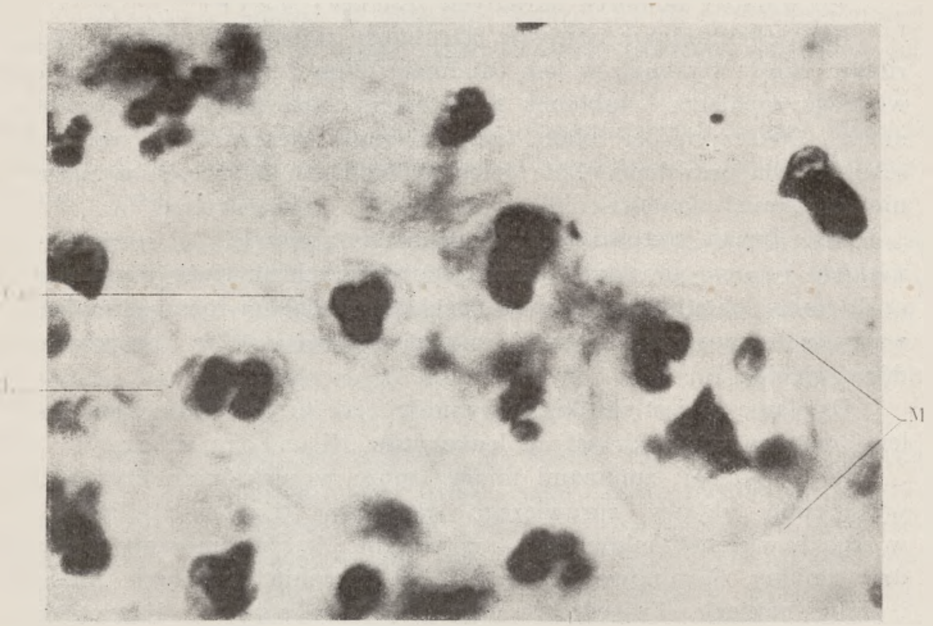
Wtedy w bardzo szybkiem tempie występują zmiany anatomiczne na niekorzyść bezbronnego już narządu i rozwój dalszych wypadków uzależniamy od odporności pozostałych przy życiu części miazgi, jak również od warunków w jamie ustnej, to jest od jej bakteryjnej flory.

Przy formie przewlekłej zapalenia, przebiegającej przy komorze

zamkniętej, co odpowiadałoby używanej przez nas nomenklaturze przewlekłego włóknikowego zapalenia, obraz anatomiczny jest indywidualnie różny, jednak i tutaj możemy wyodrębnić najczęściej spotykane obrazy:

1-o dążność do otorbienia się drogą wapnienia lub bujania tkanki łącznej,

2-o przewlekły stan zapalny (zahamowany) ze zmianami tłuszczo-




Rys. 4. Ropne zapalenie miazgi *(Euler-Meyer)*.

wemi na pierwszym planie i ze zgrubieniem pasemkowatem, jako wyraz obronnej funkcji narządu (W a l k h o f f [48]),

3-o okresowy rozpad miazgi występujący wybuchowo.

Zapalenia, przebiegające przy komorze otwartej, dzielimy na zapalenia wytwórcze i rozpadowe.

Przy formie wytwórczej, którą u nas nazywamy przewlekłem ziarninowem zapaleniem miazgi, dzięki zachowanej stosunkowo dużej żywotności istoty miazgi i słabym atakującym ją bodźcem, może dojść do oczyszczenia się zewnętrznej powierzchni obnażonej miazgi z mas wrzodziejących, a wtedy powstanie tkanka ziarninowa, która może doprowadzić do uformowania się albo polipa miazgi, lub, jeżeli miazga

koronowa jest zachowana, to ziarnina ta będzie bujać nazewnątrz ubytku. W ziarninie takiej odróżniamy cztery warstwy:

1-o obumarłą miazgę,

2-o warstwę komórek i naczyń włosowatych, w których wyraźnie występuje zgrubienie wewnętrznej warstwy.

3-o warstwę komórek oraz wyrostków włókienkowatych, dążących w kierunku dna komory i „wpijających" się w zębinę.

4-o warstwę komórek okrągłych (Euler-Meyer[9]).

Przy ewentualnym rozroście ziarninowo zmienionej miazgi w kierunku dziąsła wystąpią w tem ostatniem objawy przybrzeżnego przewlekłego zapalenia i nabłonek jamy ustnej może przejść na ziarninę miazgi. Niszczycielska robota takiej ziarniny wyraża się w resorbcji ścianek zęba prawdopodobnie dzięki działalności zawartych w ziarninie olbrzymich komórek (Schoerbel[39], Siegmund[41]).

Przy formie wrzodziejącej względnie rozpadowej, t. j. przy przewlekłem ropnem zapaleniu miazgi, spotykamy brak wyżej wymienionych zmian, natomiast mamy do czynienia z ropnem rozmiękczeniem, względnie rozpuszczeniem tkanki miazgi, drążącem aż do ujść przewodów i głębiej.

Działanie to jest skutkiem czynności, jak to już wyżej zaznaczałem, zaczynu wielojądrzastych leukocytów (Kantorowicz [20]).

Poza ropnemi zmianami miazga może w niektórych odcinkach wykazywać objawy surowiczego zapalenia (Euler [11]), lub też, w zębach wielokorzeniowych, — w jednym z korzeni możemy stwierdzić zmiany ziarninowe, w innym zaś korzeniu obumarcie miazgi i gnilne bakterje. Twierdzenie więc Arkövy'ego, że djagnostyka zapaleń miazgi przedstawia wielkie trudności, znajduje potwierdzenie w przytoczonych powyżej obrazach.

Nie lepiej wygląda sprawa z punktu widzenia i bakterjologji.

## 2. STRONA BAKTERJOLOGICZNA.

Co się tyczy badań bakterjologicznych zapaleń miazgi, to mielibyśmy na celu rozwiązanie następujących dwóch zagadnień:

1-o. Z jakiemi bakterjami mamy do czynienia?

2-o. Jak głęboko bakterje te drążą wgłąb tkanki miazgi przy poszczególnych postaciach zapaleń?

Nawiązując do pierwszego pytania, to sprawa przedstawia się następująco: jak długo bakterje znajdują się w zębinie, mamy do czynienia z pałeczkami oraz z paciorkowcami typu mitior. Z chwilą, gdy zakażenie dojdzie do miazgi, to zanim wywoła ono objawy kli-

niczne zapalenia, spotykamy jeszcze te same bakterje; jeżeli wystąpią objawy zapalne, to — nawet i przy zamkniętej komorze — mamy już typ mieszanego zakażenia; w razie otwarcia się komory, szczególnie na większej przestrzeni, dołączają się wtedy i bakterje gnilne. Z pomiędzy bakteryj specyficznych spotykamy też pałeczki Loefflera oraz Kocha (te równie dobrze u gruźlików, jak i u niegruźlików).

Zaznaczyć należy, że zapalenie miazgi na tle gruźliczem dotąd opisane nie było. Z innych specyficznych bakteryj spotykano też i promienicę.

Co się tyczy sprawy głębokości drążenia wgłąb miazgi różnych bakteryj, to istnieje na powyższy temat bezpośrednio jedna tylko praca Eichhorna [7].

Przy *pulpitis simplex* (*nieropna*) mówi on, że bakterje przenikają do przylegających bezpośrednio części miazgi koronowej. Bakterje, znajdujące się w środku ogniska, leżą prawie bez wyjątku pomiędzy komórkami, a nie w naczyniach. Przy przejściu w sprawę ropną pojedyncze bakterje mogą sięgać głębiej aż do części miazgi, zbliżonych ku wierzchołkowi.

Przy sprawach przewlekłych nie znalazł Eichhorn [7] żadnych bakteryj. Natomiast Euler [9] uważa tylko sprawę ziarninową za wolną od bakteryj. Rozwijając ten temat, Euler pisze dalej, że drążenie wgłąb jest łatwiejsze, gdy przewody są wypełnione masami rozpadowemi (a więc nie wtedy, gdy mamy proces zapalny) i co najciekawsze, że wtedy w tkance ozębnej znajdziemy pałeczki gruźlicze.

Widzimy więc, że sprawa terapji zapaleń miazgi uzależniona jest od całego szeregu różnych czynników i tem tłumaczyć należy wiecznie niewygasający spór o należyty sposób terapji zapaleń miazgi.

Tem zapewne tłumaczy się różnorodność poglądów na celowość zastosowania w każdym poszczególnym przypadku zapalenia sposobu częściowego lub całkowitego wyłuszczenia miazgi.

Pozostawiwszy więc tę sprawę na razie do rozstrzygnięcia na innem miejscu, zobaczymy jak przedstawia się leczenie zapaleń miazgi z punktu widzenia farmakologji.

Tu wyłoniły się dwie metody: metoda dewitalizacyjna i metoda injekcyjna.

## 3. STRONA FARMAKOLOGICZNA.

Zapalenie miazgi po większej części „leczymy", dewitalizując (czyli dosłownie zabijając) schorzałą tkankę wbrew elementarnej zasadzie medycyny, która głosi: *Primum nolli nocere.* Do tego szlachetnego celu używamy całego arsenału środków, na czele których stanął kwas arsenowy, jako jedyny, posiadający pewne i niezawodne działanie „zabijania" chorej i bezbronnej miazgi. Prócz kwasu arsenowego używano też i innych środków, których działanie na tkankę miazgi badali w ostatnich latach np. niektórzy uczniowie szkoły w Rostock.

Hagen [16] próbował działania związków antymonu, wanadyny i selenu z wynikiem ujemnym.

Wehman [50] próbował działania związków kaustycyny, amonoarsenu magnezjowego, również preparatów rtęci i bismutu. O swoich badaniach, dotyczących głównie kaustycyny mówi on, że jak długo arsen będzie częścią składową różnych past, to zawsze trzeba będzie liczyć się z możliwością szkodliwych postronnych działań; dalej, że kaustycyna ma dostateczne dla codziennej praktyki działanie, a inne przez niego badane preparaty działania dewitalizującego nie wykazały.

Grundhoff [15] robił próby z solarsonem, arsacetinem, salwarsanem i jodarsenem z wynikiem ujemnym.

Carstens [6] w swej inauguracyjnej rozprawie o działaniu siarczku arsenu mówi, iż działa on zbyt powoli w porównaniu ze zwykłemi pastami arsenowemi.

Stock [44] otrzymywał znośne rezultaty z kwasem arsenowym i arsenawym oraz z dwuchromianem potasu. Z wymiotnym kamieniem, chlorkiem amonu, chloralhydratem oraz związkami magnezu, otrzymał on działanie powierzchowne.

Gaini [14] mówi o preparatach, zawierających formaldehyd w przeróżnych odmianach, że mają one zdolność wywoływania drogą przesiąkania poprzez zębinę pewnych zmian anatomicznych na skutek działania drażniącego samej formaliny, choćby zawartej w małej ilości. Zmiany te występują w formie przekrwienia, diapedesin, czerwonych ciałek krwi oraz w postaci wylewów krwawych. Warstwa odontoplastów ulega zanikowi pod wpływem formaliny i zejściem tych zaburzeń jest obumarcie miazgi i jej zanik.

Widzimy więc z tego, że wszelkie dotychczasowe próby zastąpienia arsenu spełzły na niczem.

Dlatego też Walkhoff [48] mówi, że arsen, użyty w sposób

właściwy, był dotychczas jednym z najpewniejszych środków dewitalizujących miazgę (Ergebnisse d. Zahnheilk).

O działaniu arsenu na miazgę pisze on następująco: „Działanie kwasu arsenowego na miazgę polega na wywoływaniu początkowo przekrwienia, później na obumarcie tkanek, obejmującem najpierw naczynia włosowate, później tkankę łączną, nerwy i nakoniec duże naczynia krwionośne. Zakończenia zaś nerwowe już w pierwszych chwilach działania arsenu pod wpływem wywołanego zastoju ulegają zmiażdżeniu, szczególnie przy komorze zamkniętej i powodują przez to silne bóle, trwające godzinami aż pokąd arsen nie osiągnie dużych pni nerwowych“ (Walkhoff [49]).

Zdecydowanym przeciwnikiem arsenu jest Schroeder [38], który, opierając się na swych obserwacjach, uważa, że arsen w najmniejszych nawet ilościach jest środkiem, którego głębokości działania obliczyć nie można, a który działa nadzwyczaj gwałtownie. Niszczycielskie działanie tego środka nie zatrzymuje się w otworze szczytowym, lecz, przechodząc poza niego (przeciętnie już w 48 godzin), działa on nadal na otoczenie podobnie. Rozpiętość, wywołanych w ten sposób zmian przywierzchołkowych, zależy od szerokości otworu szczytowego. Schroeder [38] twierdzi, że arsen należy usunąć z terapji zapaleń miazgi bezwzględnie.

Rebel [33] pisząc o działaniu arsenu, mówi, że musimy odróżniać dwie rany, które zadajemy, wykonywując całkowite wyłuszczenie miazgi, a mianowicie: ranę poarsenową, gdy przed wyłuszczeniem miazgi stosowaliśmy arsen, — i ranę poinjekcyjną, gdy wyłuszczenie zostało wykonane w znieczuleniu bez dewitalizacji miazgi. Rebel myśli, że rana poarsenowa, dzięki swemu „pobudzającemu“ działaniu na tkankę macierzystą usuniętej miazgi, posiada lepsze warunki gojenia się. Injekcja zaś wywołać może wylewy krwawe w polu operacyjnem, co stwarza warunki gojenia się znacznie gorsze. Na zakończenie zaś dodaje, że metoda arsenowa nie jest pewna i dobra, gdyż jest to tylko swego rodzaju metoda znieczulająca. W innym miejscu Rebel [33] mówi, że właściwie obydwie metody nie są dobre, ale ponieważ niema lepszej, to jednak on sam skłania się pomimo wszystko w stronę metody arsenowej.

Heinze [17] opisując swe studja nad arsenem, mówi, że po upływie 48 godzin znajdował on arsen już poza wierzchołkiem, przyczem musi podkreślić nadzwyczaj szybkie wsiąkanie arsenu w zębinę.

Moral [27] twierdzi, że przy działaniu arsenu należy podkreślić

działanie przyżegające, oddziaływanie na naczynia włosowate i protoplazmę oraz neuroatropję.

Przechodząc do metody injekcyjnej, przytoczę znowu zdanie Schroedera[38], że krwawienie, które występuje po całkowitem wyłuszczeniu, jest bez większego znaczenia, ile, że bardzo łatwo może być zatamowane i występuje bardzo rzadko. Sama zaś technika znieczuleń w jamie ustnej została obecnie tak udoskonalona, że jakichkolwiek komplikacyj z tej strony bać się nie należy.

Na poparcie tezy możliwości stosowania injekcji bez szkodliwych działań na miazgę sąsiednich zębów, istnieje na powyższy temat praca profesora Silvio Palazzi[30].

Badania swoje przeprowadził prof. Palazzi częściowo na zwierzętach, częściowo na pacjentach. Do doświadczeń używał on 4%NSL. Badanie mikroskopowe było wykonywane w 10 minut po injekcji; w 24 godziny, w 72 godzin, nakoniec po 30 dniach. Powyższe doświadczenia prowadził on na psach. Na kotach modyfikował je o tyle, że badania mikroskopowe wykonywał po 10 minutach oraz po 20 dniach. Wynik tych badań był taki, że po 24 godzinach nie obserwowano więcej diapedesis, natomiast prosówkowe ogniska wybroczynowe trzymały się nadal i po 72 godzinach. Po 10 dniach nastąpiła zupełna restitutio ad integrum.

Badania na ludziach, kontrolowane zdjęciami rentgenowskiemi, dały wyniki zadowalniające. Reasumując swoją pracę, autor przychodzi do wniosku, że:

1-o. Działanie środków znieczulających jest przejściowe.

2-o. Restitutio ad integrum następuje po 20 dniach.

3-o. Możliwość stałych zmian w miazdze, zagrażających żywotności miazgi, należy wykluczyć.

4-o. Badanie rentgenologiczne odnośnych zębów daje wynik ujemny w sensie obecności jakichkolwiek zmian anatomicznych, uwarunkowanych działaniem injekcji.

Z powyższego wynika, że wszelkie teraupetyczne zabiegi na miazdze można wykonać w znieczuleniu, osiągniętem drogą injekcji.

Uwzględniając rozbieżność poglądów na sprawę stosowania injekcji lub dewitalizację miazgi przy pomocy arsenu (Rosenberg[36], Palazzi[30], Hellner[18], Rebel[33], Schroeder[38]) lub jak również sprzeczność w zapatrywaniu na wybór sposobu „terapji“ w zależności od zmian anatomicznych i flory bakterjnej (Thiess[45], Walkhoff[47 46], Sicher[40], Hess[19]), przypuszczam, że: terapja zapaleń miazgi

winna się opierać obecnie jescze tylko na czynnikach farmakologicznych.

Po znieczuleniu, względnie uśmierceniu miazgi, musimy ją zmumifikować!

To jest jedyne, istotne zadanie przy leczeniu zapaleń miazgi, które wykonujemy od początku do końca środkami farmakologicznemi.

Jak długo, uwzględniając zmiany anatomiczne oraz florę bakteryjną i, w zależności od nich, wybierając sposób operacyjny, nie umiemy jeszcze osiągnąć restitutio ad integrum, tak długo sui generis leczenie symptomatyczne musi odgrywać pierwszą rolę.

Tem też należy wytłumaczyć sobie równy mniej więcej wynik statystyczny dodatnich zejść w leczeniu miazgi (48% za częściowem i 52% za całkowitem wyłuszczeniem).

*(D. n.)*

# DZIAŁ STRESZCZEŃ

O. MUELLER. **Metody wypełniania przewodów.** ***(Wurzelfüllungsmethoden).*** Die Fortschritte der Zahnheilkunde 1929 r.

Autor czyni bardzo ścisły rozdział między zębami o żywej i martwej miazdze. Miazgę żywą i normalną uważa za jałową. Zęby zgorzelinowe traktuje jako wysoce zainfekowane i sądzi, że nawet przy częściowej zgorzeli, obejmującej tylko nieznaczną część miazgi, należy zęby traktować tak samo, jak przy miazdze, całkowicie rozpadłej. Infekcja z przewodu przechodzi na zębinę i na ozębną, co należy brać pod uwagę przy wyjałowieniu. Srodki, użyte do leczenia przewodów, stosownie do wyżej powiedzianego, muszą być indywidualne, zależnie od schorzenia zęba. Ważnym czynnikiem, wskazującym prawidłowość leczenia i wypełnienia przewodu, jest reagowanie ozębnej.

Podczas leczenia zębów zgorzelinowych nadzwyczaj ważnem jest wyrobienie drożności, bez czego, według autora, nie może być dobrych wyników leczenia. Drożność można osiągnąć sposobem mechanicznym i chemicznym. Zanim się jednak do tego przystąpi, należy wydezynfekować przewód, wprowadzając małe dawki (nie większe niż pasty arszenikowej) pasty jodowej (jod z alkoholem — pasta parafinowa), aż do zniknięcia zapachu zgorzelinowego i wówczas przystąpić do wytwa-

rzania drożności. Dobrze jest dla ostatecznej dezynfekcji przed tem przemyć jeszcze przewód 5% tymolem. (Hedström). Następnie autor podaje sposób badania jałowości zębiny sposobem Girarda (idem z artykułem Richtera z Deutsche Monatschrift für Zahnheilkunde z dnia 1 marca 1929. „O dezynfekcji zębiny przy zgorzeli przez użycie asfaliny, riwanolu, pasty jodoformowej Walkhoffa i jodu“) oraz sposoby i technikę dezynfekcji, (również podane w powyższym artykule) z zastosowaniem asfaliny.

Według autora, asfalina stoi wyżej co do siły dezynfekcyjnej od trikrezol-formaliny, gdyż daje 85% dodatnich wyników, a trikrezol-formalina tylko 50%. Zdanie R i c h t e r a w tym względzie jest nieco odmienne. M ü l l e r uważa, że środki, używane do dezynfekcji przewodów (trikrezol-formalina, asfalina, riwanol, pasta jodoformowa Walkhoffa), zupełnie są w stanie wydezynfekować przewód zgorzelinowy. Zarzut, że ich długie używanie drażni ozębną, jest tylko częściowo słusznym, gdyż w wypadkach ziarniniaków konstatowano ich zanik po dłuższem użyciu asfaliny. Co do używania środków, wydzielających formaldehyd, autor jest zdania, że używać je należy jedynie dwa pierwsze razy, a do dłuższej dezynfekcji stosować riwanol lub pastę jodoformową Walkhoffa, ewentualnie srebro.

Chociaż plombowanie przewodów srebrem systemem Howe'a (kombinacja srebra z formaliną), jest bardzo krytykowane przez niektórych autorów (Feldmann, Schwarz), sama zasada jednak użycia srebra jest, według Müllera, dobra. Schwarz z Wiednia podaje nowy sposób (metoda wiedeńska) plombowania przewodów srebrem. Chodzi głównie, aby wierzchołek był zaplombowany dokładnie, co niezawsze było uskuteczniane przy sposobie Howe'a. Po oczyszczeniu i wysterylizowaniu przewodu neoantiforminą i asfaliną, wypełnia się przewód alkoholem i wsypuje się proszek srebrny. Srebro siłą ciężkości opada i wypełnia dokładnie apex. Następnie wysusza się przewód i silnie upycha srebro.

Autor omawia metodę Walkhoffa, zarzucając tylko jego paście łatwość wsysania się. Można temu według niego zapobiec, używając do plombowania zamiast pasty, cementu jodoformowego Schlemma z ewentualnym dodatkiem srebra.

Str. *H. Puzynianka,*
Asyst. Państw. Inst. Dent.

# SPRAWOZDANIA ZJAZDOWE

## I. KONGRES STOMATOLOGICZNY WŁOSKI W WENECJI

(od 15 — 21 września 1930).

Kongres ten odbył się po raz pierwszy pod protektoratem Międzynarodowego Związku Stomatologicznego. Z tegoż powodu wziął w nim udział szereg najwybitniejszych stomatologów europejskich. Na około 450 uczestników Zjazdu przybyło z zagranicy około 150, między którymi byli najliczniejsi Węgrzy (około 60), następne miejsce pod względem liczebnym zajęli Polacy (22), później Niemcy (około 15), Francuzi (około 15), w końcu mniej licznie byli reprezentowani Austrjacy, Belgowie, Holendrzy, Portugalczycy i narodowości inne. Głównymi przedstawicielami Francji byli profesorowie Chompret i Herpin; Węgier: profesorowie Szabo, Morelli i Dr. Simon; Polski: profesorowie Cieszyński i Jarząb; Niemiec: profesorowie Moral, Greve, Adrion i Mamlock; Portugalji: dr. Marqueze; Belgji: dr. van Ghinst. — Amerykę reprezentował główny przedstawiciel ruchu stomatologicznego: dr. Asgis z Nowego Yorku.

Inauguracja Zjazdu odbyła się bardzo uroczyście w sali Napoleona, w pałacu królewskim, w obecności przedstawicieli Ministerstw, władz faszystowskich i miejscowych.

Posiedzenia naukowe rozpoczęły się tegoż samego dnia po obiedzie i trwały przez cały tydzień od rana 9-ej do blisko 7-mej wieczorem. Program obejmował przeszło 70 wykładów ze wszystkich dziedzin stomatologji. Wśród zgłoszonych wykładów z zagranicy były cztery, z tych dwa prelegentów z Polski.

Obrady toczyły się w języku włoskim, francuskim i niemieckim. Na honorowem miejscu programu, bo jako pierwszy wykład, postawiono wykład prof. Cieszyńskiego ze Lwowa na temat: „Własne metody wstrzykiwań u podstawy czaszki w celu znieczulenia i leczenia rwy nerwu trójdzielnego" uzupełniony projekcjami i pokazem filmu naukowego, który wzbudził szczególne zainteresowanie nietylko swą treścią, ale zastosowaniem najnowszych metod dydaktycznych oraz najnowszej techniki kinematograficznej. Drugim z rzędu mówcą był również Polak, prof. Jarząb (Poznań), który w języku włoskim mówił o sposobie pogłębienia działania środków znieczulających. — Na temat bardzo aktualny mówił prof. Baretta z Bolonji: o podstawach naukowych amputacji miazgi, prof. Palazzi z Pawji o najnowszych metodach badania leczenia korzeni, prof. de Vecchi

z Turynu — o odporności miazgi na zakażenia i o wynikach badań eksperymentalnych, odnoszących się do zakażenia ogólnego, spowodowanego ogniskiem zakaźnem w jamie ustnej. Dr. Linka z Trjestu: o nowej metodzie leczenia korzeni i wypełniania przewodów preparatami wapniowemi. Czterech referentów (z Włoch, Niemiec i Portugalji) przedstawiło sprawę zastosowania djatermji w dentystyce i elektrokoagulacji. Prof. Moral z Rostock referował o błędach, dotyczących rozpoznania i leczenia chorób jamy szczękowej. Wygłoszono szereg bardzo cennych referatów z dziedziny anatomji, fizjologji, patologji i chirurgji zębów oraz kości szczękowych. Prof. Cavina z Bolonji przedstawił własną metodę usuwania występującej żuchwy przy nadmiernym jej przeroście. Kilku mówców włoskich i francuskich wygłosiło referaty z dziedziny ortopedji szczęk. Prof. Perna z Rzymu przedstawił plany budowy zakładu dla stomatologicznej hygjeny szkolnej i społecznej. Gmach ten ma stanąć w Rzymie, ufundowany przez znanego amerykańskiego filantropa i właściciela wielkiej firmy fotograficznej Kodak, Kastmanna, który ofiarował 9 miljonów dolarów nietylko na jego wybudowanie, ale także i na utrzymanie go w ruchu.

W ostatni dzień Zjazdu odbyło się posiedzenie międzynarodowego Związku Stomatologicznego, na którem uchwalono, by stomatologja była w programie studjów lekarskich przedmiotem obowiązkowym i ażeby w tych krajach, w których przy wydziałach lekarskich nie ma jeszcze katedr stomatologicznych, katedry te zostały utworzone ze względu na to, że stomatologja jest każdemu lekarzowi bezwzględnie potrzebna dla zrozumienia chorób organizmu, powstających z powodu chorób zębów i szczęk. — Prof. Cieszyński poddał w obszernym wykładzie krytyce obecne studja lekarskie, następnie studja dentystyczne autonomiczne, t. j. odrębne studja dentystyczne, prowadzone od samego początku w osobnych zakładach, a nie wspólnie ze studentami medycyny, w końcu studja stomatologiczne w formie obecnej, t. j. specjalizację, odbywaną po ukończeniu już studjów lekarskich, wskazując na konieczność wprowadzenia egzaminów końcowych ze specjalizacji. Uchwalono celem zapewnienia rozwoju stomatologji, jako nauce, i celem wykształcenia jaknajlepszych specjalistów w chorobach jamy ustnej i zębów, by zniesiono autonomiczne studja dentystyczne i wymagano w przyszłości pełnych studjów lekarskich, jako podstawy dla przyszłych studjów stomatologicznych, jak to jest np. we Włoszech, Austrji, Węgrzech, Belgji i częściowo w Polsce (w Warszawie bowiem istnieją jeszcze autonomiczne studja dentystyczne, trwające lat 4 w Państwowym Instytucie Dentystycznym).

Pierwszy „Ogólny Zjazd Międzynarodowy Stomatologiczny" ma się odbyć w przyszłym roku w *Budapeszcie* pod przewodnictwem prof. Szabo, który na następny okres czasu został wybrany przewodniczącym Międzynarodowego Związku Stomatologicznego.

Włosi przyjęli grono zagranicznych gości bardzo serdecznie i gościnnie. Na wielkim bankiecie we wspaniałym hotelu „Excelsior" na Lido, w którym wzięło udział około 500 osób i zabierali głos przedstawiciele prawie wszystkich krajów zagranicznych, między innymi przemawiał prof. Cieszyński, wskazując na łączność kultury polskiej z kulturą zachodnią i znaczenie Włoch w rozwoju kulturalnym Polski. Na program towarzyski i rozrywkowy złożyły się: wycieczka do Murano i wysp pobliższych, wspólne zwiedzenie sanatorjum dla dzieci na Lido, Hospedale del Mare, w którem to w ubiegłym sezonie przeszło 3000 dzieci od 4 — 12 lat korzystało z kuracji nadmorskiej, wspólne zwiedzenie Międzynarodowej wystawy sztuki, w której bardzo skromnie przedstawiał się dział polski, wspólne zwiedzenie pałacu dożów, wyścigi łodzi motorowych i serenada w zatoce przed placem św. Marka.

Pod redakcją prof. Caviny poczęło wychodzić w Bolonji nowe archiwum międzynarodowe pod tytułem: „Archivum chirurgiae oris". Do współpracowników tegoż pisma należy: Arlotta (Milano), Asgis A. J. (New York) Axhausen G. (Berlin), Bruhn C. (Düsseldorf), Cieszyński A. (Lwów), Grandi G. (Trieste), Kostecka F. (Praga), Lindenmann A. (Düsseldorf), Moral H. (Rostock), Morelli G. (Budapeszt), On. Perna A. (Rzym), Pichler H. (Wiedeń), Szabo J. (Budapeszt), Wassmund M. (Berlin).

*Prof. A. Cieszyński.*

---

## II. I POLSKI ZJAZD W SPRAWIE BADANIA ZWALCZANIA REUMATYZMU

W obradach zjazdu, który odbył się w Inowrocławiu dn. 6 i 7 września r. b., uczestniczyło około 300 lekarzy, w tem 2 stomatologów i 4 lekarzy dentystów. Wygłoszono dwadzieścia kilka referatów, z których szczególne zainteresowanie wzbudziły: d-ra H. Kłuszyńskiego (Warszawa): Reumatyzm jako zagadnienie społeczne, prof. L. Skubiszewskiego (Poznań): O podłożu i istocie zmian morfologicznych w rozwoju i przebiegu reumatyzmu, doc. dra Elektrowicza (Warszawa): Znaczenie diagno-

styki i terapji rentgenowskiej w schorzeniach reumatycznych, prof. Michałowicza i d-ra J. Wiśniewskiego (Warszawa): Zespół anginowy i reumoartretyczny w wieku dziecięcym i d-ra Łuczyńskiego (Lwów): Diagnostyczne trudności, błędy i wskazówki w reumatycznych schorzeniach narządu krążenia.

Nauka o reumatyzmie jest jeszcze błędna, również niedostateczne są środki do walki z nią, twierdzi dr. Kłuszyński, a przytoczonych pięć tablic statystycznych wskazuje, jak niesłusznie lekceważono tę plagę rąk roboczych (choroba rozwija się przeważnie w sferze pracującej), bowiem powoduje największą niezdolność do pracy i obciąża instytucje społecznych ubezpieczeń o 50% więcej, aniżeli gruźlica. W wyniku badań histologicznych prof. Skubiszewski przedstawił obrazy zmian morfologicznych, jakie występują w trzech okresach choroby; dają się tu stwierdzić polyblasty, ogniska ziarninowe, szereg zmian nietypowych — sklerotycznych i guzki z komórkami olbrzymiemi. Objawy chorobowe występują w całej mezenchymie, ilość której w ustroju wynosi 12 kg. Z groźnych powikłań dr. Łuczyński wymienia afekcje serca w 50% przypadków choroby, które nierzadko są pośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego. W związku z chorobami zębów i jamy ustnej referowali: dr. J. Grott (Warszawa): Znaczenie oralsepsis w etjologji schorzeń gośćcowych i dr. Brzeski (Poznań): Stanowisko lekarza dentysty wobec zagadnienia oralsepsis ze szczególnem uwzględnieniem reumatyzmu, w którym dr. Brzeski zobrazował zły stan zębolecznictwa w Poznańskiem z powodu obsadzenia placówek leczniczych dentystami-technikami — tych należy czemprędzej usunąć z zajmowanych stanowisk i zastąpić wykwalifikowanymi lekarzami. Zapowiedziany referat d-ra Allerhanda odpadł z powodu anginy prelegenta. W dyskusji nad wygłoszonemi referatami brał udział i kol. Gombiński, nadmieniając o schorzeniach reumatycznych stawu żuchwowego i przyzębia, o schorzeniach miazgi — cząsteczki wzmiankowanych 12 kg. mezenchymy, występujących nieraz w związku z reumatyzmem, a przeważnie w następstwie próchnicy zębów, która najbardziej szerzy się przy gruźlicy i reumatyzmie.

Walka z próchnicą winna być przedsięwzięta jaknajwcześniej, aby nie dopuścić do schorzeń miazgi. Opiekę społeczną nad uzębieniem roztacza się dopiero w wieku szkolnym; wtedy stwierdzamy już u młodzieży daleko posuniętą próchnicę, gdyż ona szerzy się zatrważająco u dzieci w 3 roku życia. Stąd wniosek:

Pierwszy polski zjazd w sprawie badania walki z reumatyzmem wzywa społeczeństwo do otoczenia opieką lekarską uzębienia dziecka od 3 roku życia.

W tym celu uruchomić należy specjalne przychodnie do leczenia zębów dzieci w wieku od 3 roku życia dziecka.

W drugim dniu zjazdu w Inowrocławiu odsłonięto pomnik, wystawiony Wielkiemu Pieśniarzowi z nad Gopła, dziecku Kujaw, Janowi Kasprowiczowi. Na tej świetnej uroczystości obecni byli wszyscy uczestnicy zjazdu. Zjazd uchwalił następujące wnioski:

1. Pierwszy Polski Zjazd w Sprawie Badania i Zwalczania Reumatyzmu przekazuje Polskiemu Towarzystwu dla Zwalczania Gośćca, z siedzibą w Warszawie, mandat do wykonania powziętych uchwał, określenie miejsca i czasu następnego zjazdu oraz uchwalenia regulaminu przyszłych polskich zjazdów.

2. Stwierdza: że dla otrzymania rzeczywistych cyfr chorych na gościec w Polsce, należy przeprowadzić statystykę: a) w instytucjach ubezpieczeń społecznych, b) w armji, c) w szkolnictwie (średniem), d) w kolejnictwie, e) w uzdrowiskach, f) w klinikach i szpitalach — według mianownictwa, ustalonego przez Polskie Towarzystwo dla Zwalczania Gośćca.

3. Zjazd uważa za rzecz niezbędną utworzenie instytutu dla badania i leczenia spraw gośćcowych i oddanie kierunku naukowego tego instytutu komitetowi, utworzonemu z fachowych sił Wydziału Lekarskiego najbliższego Uniwersytetu z tem, że najodpowiedniejszą siedzibą takiego Instytutu uważa jedno ze zdrojowisk, rozporządzających dużym materjałem chorych gośćcowych. Starania o utworzenie takiego Instytutu przekazuje Polskiemu Towarzystwu dla Zwalczania Gośćca.

4. Zjazd uważa za rzecz konieczną uzyskanie z Ministerstwa W. R. i O. P. odpowiednich dotacji naukowych dla tych Klinik Uniwersyteckich, które chciałyby się zająć badaniami w kierunku wyświetlania schorzeń gośćcowych.

5. Instytucje ubezpieczeń społecznych, organizujące zakłady lecznicze dla leczenia schorzeń gośćcowych, winny dostosować zakłady do celów badawczych i prowadzić je z Klinikami Uniwersyteckiemi znajdującemi się na terenie danej Instytucji ubezpieczeniowej.

6. Pożądane jest, by badania, przeprowadzone w tych zakładach były wzorowane na wskazaniach Międzynarodowej Ligi walki z reumatyzmem, uzupełnianych według nowych wymagań i potrzeb, oraz postępu nauki lekarskiej.

7. Dla podniesienia wiadomości o reumatyzmie wśród lekarzy wskazane jest, by przy urządzaniu kursów dokształcających były uwzględnione w dostatecznej mierze zagadnienia reumatyzmu.

Również uważa Zjazd za wskazane, by „reumatolodzy" urządzali lotne wykłady w rozmaitych ośrodkach życia lekarskiego.

8. Wobec potężnego znaczenia czynnika uzdrowiskowego w leczeniu chorób reumatycznych, winny być uzdrowiska, w których się leczy reumatyzm, dostosowane do współczesnych wymogów leczniczych.

9. W uzdrowiskach polskich, w których się leczy reumatyzm, winny być utworzone pracownie kliniczne dla celów rozpoznawczych. Również należy dążyć, by były organizowane kursa dokształcające, fachowe siły pomocnicze w zakresie fizykalnych metod leczenia.

10. Pierwszy Polski Zjazd dla zbadania i zwalczania reumatyzmu w Inowrocławiu wita z radością powstanie Polskiego Towarzystwa dla Zwalczania Gośćca i wzywa lekarzy do czynnego poparcia Towarzystwa we wszystkich jego usiłowaniach i zamierzeniach.

*J. Gombiński.*

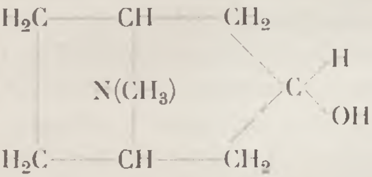
## Z TOWARZYSTWA LEKARZY - DENTYSTÓW WARSZAWSKICH

Na 141-em zebraniu naukowem, odbytem dnia 16/V 1930 r. Koledzy J. Gombiński i A. Mokrzycki wygłosili referaty p. t.

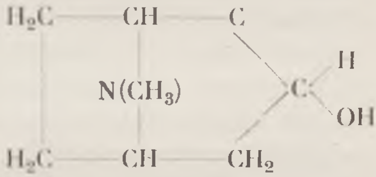
# Konieczność stosowania w zębolecznictwie kokainy i jej pochodnych a stanowisko w tej mierze czynników miarodajnych.

Kokaina [1] $C_{17}H_{21}NO_4$ wydobyta w 1860 r. z liści Erythroxylon Coca, krzewu zadomowionego w Peru i Boliwji, przez Wöhlera i jego uczniów Niemanna i Lassena, w postaci 4 i 6 ściennych, dobrze skrystalizowanych pryzmatów bezbarwnych, rozpuszczalnych w alkoholu i eterze, o smaku gorzkim, reakcji zasadowej. Syntetycznie zestawiona

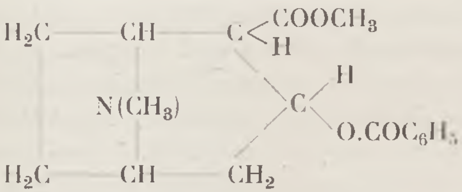
przez Mercka i inn., w połączeniu z kwasami daje lekkorozpuszczalne sole, z których terapeutyczne zastosowanie ma cocainum hydrochloricum, biały krystaliczny proszek, lekko rozpuszczalny w wodzie i alkoholu, skład którego zbliżony jest do atropiny. Jak ostatnia w gotowaniu z kwasami lub zasadami rozpada się na ekgoninę, benzoeowy kwas i alkohol methylowy. Ich wzajemny stosunek wyraża się w następujących formułach:



Tropina.



Ekgonina.



Kokaina = (methylowe estry benzoylu-ekgoniny).

Kokainę pierwszy zastosował Koller w 1884 r. w praktyce ocznej, a po nim szybko rozpowszechniono stosowanie jej w okulistyce, laryngologji i dentystyce. Pierwszego przewodowego znieczulenia dokonał Haltstadt w 1885 r. (Baltimore) do n. infraorbital. Kokaina, wprowadzona w podskórną tkankę, działa na końcówki nerwowe i włókna nerwowe tkanki nerwów czuciowych i ruchowych, znosząc czasowo najpierw czucie, później ruch. Działanie znieczulające występuje i przy powierzchownem t. j. zewnętrznem stosowaniu kokainy na śluzówkę; skóra działaniu temu nie podlega. O ile kokaina dostaje się z tkanki podskórnej w obieg krwi lub zastrzyknięta zostaje dożylnie, działanie jej przenosi się na centry nerwowe i wywołuje objawy otrucia wzgl. śmierć. Objawy te może spowodować wstrzyknięta podskórnie minimalna dawka, o ile jej wsysanie następuje zbyt szybko, co zdaniem Braun'a [2]), przypisać należy idjosynkrazji. Ponieważ chłonność tkanki podśluzówkowej jest wyższa od podskórnej, a przy stanie zapalnym jeszcze bar-

dziej wzmożona, stąd większe niebezpieczeństwo grozi przy zastrzykiwaniu podśluzówkowem. Kokaina jest trucizną protoplazmatyczną, działa specyficznie na nerwy, serce i nerki; z tego powodu przeciwskazana przy cierpieniu tych organów, przy anemji, chlorozie, neurastenji, u osób charłacznych, podczas rekonwalescencji i u dzieci[3]). W pracy nad udoskonaleniem miejscowego znieczulenia w zębolecznictwie powstał gmach analgetyczny, w budowie którego udział brało 32 koryfeuszów dentystyki światowej, między in. i prof. Cieszyński [4]). Uznano, iż kokaina jako analgeticum śluzówkowe zewnętrzne, jest nieszkodliwa i niczem zastąpić się nie daje, natomiast do znieczulenia głębokiego infiltracyjnego się nie nadaje, gdyż stanowi niebezpieczeństwo dla życia, przez co w tej dziedzinie zastąpiono ją pochodnemi. Z różnych związków zasadowych, przeważnie roślinnych, o własności znieczulającej jak np. morfina i in. zasady makowca: dionina, strophanina [5]) i t. p., najbardziej zbliżone do kokainy działanie na nerwy końcowe wywiera 3% rozczyn alkoloidu kory chinowej, chininum hydrochloricum [6]) i jej pochodne [7]). Ocena wartości działania tych środków, drogą zastrzyków, w porównaniu z kokainą i jej syntetycznemi pochodnemi: akoina, anestezina, alypina, anesona, eukaina, holokaina, johimbina, novocaina*), nirvanina, psikaina, stovaina, tropakokaina javajska i tutokaina, przypada na korzyść novokainy. Łatwe przesiąkanie tkanek i skuteczne działanie znieczulające w połączeniu z wyciągiem nadnercza, czyni novacainę najlepszym infiltrującym środkiem znieczulającym. Po za zabiegami, wykonywanemi przy głębokich znieczuleniach, istnieje szereg zabiegów, wymagających znieczulenia powierzchownego. Z wszystkich części kośćca, najwyższą wrażliwość wykazują zęby i ich twarde otoczenie. Zęby, bo zawierają w zębinie końcowe wypustki 2 i 3 gałęzi n. trójdzielnego; okostna i ozębna z powodu obfitej zasobności końcowych czuciowych splotów nerwowych. Osobliwą obfitość punktów bolesnych zębiny usprawiedliwia to, że na 1 mm. kwadratowy zębiny przypada 15 do 30,000 włókienek zarodzi. Również obfite rozgałęzienie włókienek końcowych nerwów czyni miazgę bardzo bolesną. Mniej wrażliwą na ból jest śluzówka, natomiast ma ona niezwykle wrażliwą odruchowość, wyrażającą się w swędzeniu, łzawieniu, dławieniu i torsjach; ostatnie utrudniają branie wycisku [8]). Zabiegi, wykonywane w tych przypadkach, wymagają znieczulenia powierzchownego, do czego wystarcza zwilżenie śluzówki 5% rozczynem kokainy [1]). Ilość zuży-

---

*) Meyer u. Gottlieb. Experimentelle Pharmakologie VI Aufl. str. 142—144.

tej kokainy do powyższych celów w 5 — 10 do 20% rozczynów, zalecana przez wielu autorów: Biberfeld, Greve, Kantorowicz, Paul, Tendenburg [9]), jest tak minimalna, że szkodliwość jej działania jest wykluczona, tembardziej przy uwzględnieniu przeciwskazań do jej stosowania. Połączenie kokainy z fenolem używane do znieczulenia i wyjałowienia miejsca wkłucia igły w śluzówkę, do znieczulenia kieszonek dziąsłowych przy usuwaniu złogów nazębnych z korzeni, do uspokojenia bólu obnażonej miazgi, przy usuwaniu resztek miazgi z przewodu, przy znieczuleniu uciskowem miazgi i w połączeniu z arszenikiem do uśmiercenia miazgi, jest również bezpieczne [10]) [11]). Zdaniem prof. Müllera [12]) kokaina w połączeniu z fenolem zatraca w pewnej mierze własności trujące, podobnie, jak kamphophenol na działaniu żrącem.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Meyer u. Gotlieb.* Experim. Pharmakol. wyd. 6 r. 1922.
2. *Braun.* Die Lokalanästhesie. 3 wyd. 1913 r.
3. *Guido Fischer.* Die Ortliche Betäubung in d. Zahnh-de 1926.
4. *Cieszyński.* Zur endoneur. Inject. techn. des n. Infraorb. Ostr.-Ung. V. f. Z. 1918 H. 1—2.
5. *Vgl. Whiki.* Journ. de phisiol. et pathol. générale t. 15, s. 845.
6. *Schepelmann.* Therapie d. Gegenwart 191, st. 545.
7. *Morgenroth u. Ginsberg.* Berlin. Klinisch. Wochenschr. 1913 N. 8
8. *Th. Blau.* Das Abdrucknehmen. Handb. d. Z-h-kunde Jul. Scheff, t. 3.
9. *Bödecker* H. Kokain - phenol ein Dentin Anäest. Z. R. 1930. N. 17.
10. *Hoffman.* Die Verwend. z. Kokain in d. Z-kunde Z. R. 1929. N. 2.
11. *H. Paschkis.* Analgetica. Handb. d. Z-kunde. Jul. Scheff t. 2. N. 1.
12. *F. Müller.* Archiv f. exper. Patholog. u. Pharmakol. Bd. 124. H. 1—2.

*J. Gombiński.*

Z kolei zabrał głos kol. Mokrzycki. W dłuższem przemówieniu zobrazował on dotychczasowe usiłowania i zabiegi, bądź poszczególnych organizacji, bądź wystąpienia zbiorowe tychże, jak naprzykład: opracowanie opisu leków, potrzebnych w praktyce lekarsko-dentystycznej. Szczególną uwagę poświęcił mówca poczynaniom w tej dziedzinie Zarządu Rady Centralnej, jego interwencji w Departamencie Służby Zdrowia, co do wydanego zakazu aptekom niewydawania kokainy za receptami lekarzy-dentystów, wystąpieniu delegacji Zarządu, wobec Dy-

rekcji i profesorów P. I. D. przebiegowi konferencji z tymi ostatnimi, wymianie listów i t. d. Zarząd Rady Centralnej wystosował listy do wszystkich profesorów polskich katedr stomatologicznych, zapytując ich o zdanie, co do konieczności stosowania kokainy w zębolecznictwie. Dotychczas otrzymano odpowiedź od profesora dra Cieszyńskiego i zastępcy profesora lek.-dent. Jarząba, w których wyżej wymienieni wypowiadają się za koniecznością stosowania kokainy przy pewnych zabiegach dentystycznych. Zarząd R. C. będzie swą akcję prowadził dalej aż do osiągnięcia pożądanego wyniku. Po zakończonych referatach wywiązała się bardzo żywa wymiana zdań, brali w niej udział liczni zebrani, zarówno z pośród członków Towarzystwa, jak i zaproszonych gości. W wyniku dyskusji wysunięto szereg dezyderatów: 1) że zarówno stan dzisiejszy wiedzy dentystycznej, oraz względy humanitarne nakładają obowiązek na lek.-dent. wykorzystania wszystkich środków, sprowadzających ulgę w cierpieniach; 2) że kokaina jest środkiem przy szeregu zabiegów w zębolecznictwie koniecznym i niczem zastąpić się nie da. 3) Ograniczenia w wydawaniu lek.-dent. kokainy, na niczem nie oparte, godzą w godność lekarza i w wysokim stopniu utrudniają wykonanie czynności zawodowych.

W konkluzji zebrani zwracają się jeszcze raz z apelem do Zarządu Towarzystwa, a zwłaszcza Rady Centralnej, z gorącem wezwaniem, aby zechciały wytężyć wszystkie siły, celem osiągnięcia u miarodajnych czynników unieważnienia zakazu otrzymania przez lek.-dentystów kokainy bez ograniczeń.

---

## O czem piszą?

W 7 i 8 zeszycie wydawnictwa „Die Fortschritte der Zahnheilkunde" spotykamy następujące prace: Greve'go: farmakologję i toksykologję, Haubrissera: rentgenologję, Blessinga i Weissenfelsa: leczenie światłem i elektrycznością, Krügera — fizjologję, Reinweina — patologję, Türkheima — chemję fizjologiczną, Hentze'go — zapalenia śluzówki, Mischa — uszkodzenia zawodowe jamy ustnej, Hilgersa — hygjenę ogólną, Herrenknechta — hygjenę jamy ustnej, Baltersa — psychotechnikę, i Schultza — psychoterapję. Wszystkie artykuły, jak zwykle, odznaczają się dokładnem opracowaniem. W dziale streszczeń z prac autorów polskich spotykamy Konrada Szepelskiego: Praktyczne uwagi

o rentgenografji i rentgenodiagnostyce w stomatolgji, drukowane w Przeglądzie Dentystycznym (1929).

W zeszycie 9 tomu VI *D. Fortschritte d. Zahnheilkunde* znajdujemy na wstępie pracę *Schwarza* z zakresu antropologji, poświęconą opisowi różnych zmian w budowie zębów. Dalej B. Orban omawia najnowsze prace z dziedziny histogenezy zębów. P. Wustrow — rozpatruje przyczyny powstawania wadliwości zgryzu, a G. Korkhaus daje obszerną pracę o diagnostyce ortodontycznej. W dziale streszczeń omawiane są prace z dziedziny chorób śluzówki, języka, podniebienia i zatok szczękowych, pozatem prace z zakresu hygjeny i antropologji. Z prac polskich spotykamy streszczenia pracy prof. Kazimierza Stołyhwy p. t. „Punkty kraniometryczne", Przegląd Dentystyczny, 1929 — 4 oraz Jana Ligęzy, „W sprawie wprowadzenia i ustalenia w Kasach Chorych notowań chorób jamy ustnej, jako danych statystyczno-naukowych" (Przegląd Dent. 1929 — 9). W zeszycie 10 tegoż wydawnictwa spotykamy prace następujące: Tryfusa — lecznictwo ortodontyczne, Herbsta — błędy w ortodoncji, Medera — ortodontyczno-protetyczne postępowanie w przypadkach przeszkód wymowy, Schenbecka — o metalach, Wannenmachera — o materjałach dentystycznych i Wustrowa — o protetyce płytkowej. W dziale streszczeń spotykamy prace z dziedziny rozwoju i budowy zębów oraz dotyczące ortodoncji.

W piśmie włoskiem La stomatologia w Nr. 7 spotykamy pracę o epulidach P. Albanese'a. R. Mori podaje studium z dziedziny anatomji porównawczej o kanale przysiecznym. Najciekawszą jednak pracą jest praca R. Zennoni'ego p. t. Nowe podstawy fizjologiczne protetyki zębowej, której druk w N-rze 7 został rozpoczęty. Postaramy się czytelników naszych z pracą tą po ukończeniu jej druku zapoznać.

*Zeitschrift für Stomatologie* 1930 — VII. *M. Schwartz* podaje sposób wykonywania podgięcia w kauczukowych płytach podniebiennych, ułatwiającego przysysanie; podgięcie to, wciskając się w błonę śluzową, umożliwia tworzenie się z przyległej błony śluzowej t. zw. klapy ochronnej (Randventil). Na odlanym podług protezy modelu gipsowym wycina się rowek, nad którym się zwiesza cały brzeg tylny płyty i rozgrzaną łopatką wciska się brzeg do tego rowka. H. Greth proponuje zamiast amalgamatu używanie do plombowania zębów łatwotopliwego metalu, złożonego z 50 części cyny, 34 — bizmutu, 15— kadmu, i 1 galu, o temperaturze topnienia 60°. Stop ów mięknie

w T 30°. Ma on posiadać wszelkie wymagane od plomb zalety i nie być trującym (obecność Cd?). Riha zastanawia się nad konieczności stosowania zdjęć rentgenowskich przy wszelkich uszkodzeniach urazowych zębów.

*L. Br.*

DR. MED. MIECZYSŁAW LIPSZYC.

## MEMORJAŁ W SPRAWIE ZĘBOLECZNICTWA KAS CHORYCH.

Omawiamy niżej krytyczny mój pogląd na stan obecny dentystyki Kas Chorych oparty jest na mojem osobistem doświadczeniu, jak również przedstawione wnioski są mojemi subjektywnemi sądami.

Również zastrzec się muszę, iż krytyka tego działu lecznictwa w Kasie Chorych m. st. Warszawy nie może się zwrócić przeciwko mnie, jako byłemu naczelnikowi, odpowiedzialnemu za organizację zębolecznictwa, gdyż przed sformułowaniem takiego zarzutu trzeba znać panujące ówczesne stosunki i warunki pracy w Kasie Chorych, w którym to czasie główny mój, jako naczelnika, wysiłek musiał być skierowany w kierunku utrzymania w stanie nieuszczuplonym z takim trudem już zorganizowanego działu, a również ustawicznego przeciwstawiania się destrukcyjnym nakazom i rozporządzeniom, niemożliwym do przyjęcia, zarówno z punktu widzenia lekarskiego, jak i korzyści ubezpieczonych.

W tych warunkach o zrealizowaniu jakichkolwiek projektów sanacyjnych mowy być nie mogło. Jako ilustrację stosunków przytoczę, iż niejednokrotnie moje sprawozdania, zwracające uwagę na rozpaczliwy stan zębolecznictwa i konieczność radykalnych zmian, traktowane były jako niepotrzebne wymysły i kończyły swój żywot — w koszu.

### *Wady organizacyjne.*

Stan pomocy dentystycznej w Kasie Chorych jest zły, a wywołane to jest:

1) Nierównomiernem rozwijaniem się działu dentystyki w K. Ch. w stosunku do zapotrzebowania.

Tak np. w dniu 1.I.27 było w K. Ch. m. st. Warszawy foteli dent. 41.

W dn. 1.XII. 29 było w K. Ch. m. st. Warszawy foteli dent. 63.

To jest zwiększenie o 50%, gdy w tymże czasie liczba ubezpieczonych wzrosła:

w dn.1.I.27 było ubezpieczonych 168.000
w dn. 1.XII.29 było ubezpieczonych 261.000

t. j. o 61%, a rosnąca kultura i uświadomienie mas wywołuje, iż odsetek ubezpieczonych, zgłaszających się o pomoc dentystyczną ustawicznie wzrasta i nie może być przez K. Ch. zaspokojony, tembardziej, że stan początkowy nigdy nie odpowiadał istotnemu zapotrzebowaniu.

2) Zbyt szczupłemi środkami, jakiemi rozporządza dentystyka K. Ch.

Musimy sobie uzmysłowić, iż w dniu I.XII. 29 r. wypada na jeden fotel dent. 9.000 ubezpieczonych wraz z członkami rodzin a na jednego lekarza dentystę 4.800.

Stan ten wywołuje, że pacjenci mogą być przyjmowani co 10-ty—12-ty dzień, w okresach zaś zwiększonej frekwencji, co 14-ty, a nawet 16-ty i 20-ty dzień. Wywołuje to słuszne narzekania, że leczenie w K. Ch. trwa całemi miesiącami.

Z powodu nawału pracy około 10% zgłaszających się dziennie pacjentów odchodzi niezałatwionych, z tego powodu, iż lekarzom dentystom brak czasu na ich przyjęcie.

3) Przeciążeniem pracą personelu dentystycznego w Kasach Chorych.

Lekarze dentyści muszą obecnie przyjmować w Warszawskiej Kasie Chorych:

na I-ej pomocy 7 pacjentów na godz. (1 pacjent 9 minut)

na zachowawczej 4 pacjentów na godz. (1 pacjent 15 minut).

w wielu innych kasach stosunek ten jest jeszcze gorszy.

Dla każdego fachowca cyfry te wydadzą się rażącemi. Zębolecznictwo, a specjalnie zachowawcze, polega w ogromnej mierze na idealnej dokładności i subtelności pracy. Z tego to względu bardzo nawet wykwalifikowany specjalista, przy braku czasu otrzymać może rażąco ujemne wyniki pracy.

Niektórzy lekarze-dentyści pracują w K. Ch. po 5 godzin dziennie. Trzeba się zupełnie nie orjentować w istocie ich pracy, aby móc przypuszczać, iż pracując w tem tempie jakikolwiek lek.-dent. mógłby owocnie pracować. Przechodzi to możliwości fizyczne człowieka, nie mówiąc już o koniecznej dokładności i skupieniu jakie wymaga praca lekarza-dentysty.

4) Wadliwą polityką personalną K. Ch. w stosunku do personelu lekarsko-dentystycznego.

Wielu z pośród lekarzy-dentystów w K. Ch., mimo odbycia z po-

myślnym wynikiem 3-ch miesięcznego okresu próbnego pracy, nie otrzymuje przepisowej stabilizacji, a jedynie odnawia się im umowę na dalsze trzy miesiące. Stan taki trwa czasami lata. System ten stosuje K. Ch., w celu niewypłacenia ustawowej odprawy w wypadku zwolnienia lekarza-dentysty oraz w celu niewypłacania procentu za wysługę lat i t. p.

Polityka ta daje w rezultacie bardzo szkodliwe wyniki, gdyż zraża do K. Ch. lepsze siły lekarskie, które w tych warunkach niepewności pracować w Kasie Chorych nie chcą; posiadany zaś personel lekarski, niepewny co do swojej przyszłości, pracuje ze znacznie gorszemi wynikami, niżby to mógł osiągnąć przy stosunkach unormowanych. Tembardziej, że w Kasie Chorych wadliwie ocenia się wartość lekarza-dentysty, nie jakością jego pracy, lecz ilością przyjmowanych pacjentów.

Przy powyższych warunkach nad personelem lekarsko-dentystycznym ciąży ustawicznie groźba łatwości redukcji, a obawa jej zamyka usta wszystkim lekarzom, którzy w czemkolwiek ośmielili się ustosunkować krytycznie do wydawanych, a nierealnych zarządzeń i warunków pracy w Kasie Chorych

Tu leży w większości wypadków przyczyna milczenia lekarzy-dentystów Kasy Chorych, mimo, że ich etyka lekarska i dobro pacjentów winny zmuszać do głośnego protestowania przeciwko warunkom, w jakich pracują i zarządzeniom, jakim się muszą podporządkowywać.

Kwestja ich milczenia — to kwestja ich chleba.

5) Brakiem stomatologa w Radzie Lekarskiej Kasy Chorych.

Okoliczność powyższa wywołuje, iż niektóre zarządzenia naczelnych władz K. Ch., a dotyczące dentystyki, nie uwzględniają wymogów tej specjalności, często zupełnie odmiennych od innych działów lecznictwa. Stomatologja jest jeszcze w Polsce wciąż dziedziną niedocenioną, jako specjalność ważna i trudna. Niedoceniane jest niebezpieczeństwo wynikające z zakażeń jamy ustnej i nietylko szerokie masy, ale i lekarze innych specjalności, uważają, że zabiegi dentystyczne redukują się do „założenia plomby", nie zdając sobie sprawy, że zabieg ten poprzedzony musi być leczeniem, często długiem, wymagającem wielkiej cierpliwości, umiejętności i pedanterji.

*Wady zębolecznictwa.*

Mimo wyżej wymienionych braków i wad organizacyjnych pomoc dentystyczna w Kasach Chorych stałaby na znacznie wyższym

poziomie, gdyby nie liczne wadliwe zarządzenia lekarskie, dotyczące systemu leczenia, wydawane przez naczelne władze K. Ch. w różnych okresach, nietylko przez niefachowców, ale co ze smutkiem stwierdzić trzeba, ludzi za fachowców się mających i którzy za takich uważać się pragną.

Z pośród licznych przykładów, przytoczę tu najbardziej drastyczne:

1) Nakaz, dozwalający leczyć jednorazowo tylko trzy zęby, a następne po miesięcznej przerwie.

Ponieważ w warunkach K. Ch. leczenie tych trzech zębów może trwać 1 — 3 miesięcy, leczenie pozostałych podjęte być może dopiero wtedy, gdy już postęp schorzenia daleko się posunął i zamiast prostego zabiegu. mogącego uratować ząb mamy do czynienia z wypadkiem zastarzałym, trudnym do wyleczenia.

2) Ustalenie norm wizyt, w czasie których taki lub inny wypadek ma być wyleczony, ewentualne przekroczenie tych terminów, winno być na karcie choroby usprawiedliwione.

Jest to w swem założeniu tak nielogiczne postawienie kwestji, jak gdybyśmy chcieli określić, że np. wyleczenie zapalenia płuc musi nastąpić w przeciągu trzech tygodni po tylu a tylu wizytach lekarskich.

3) Polecenie, aby plomb cementowych kłaść nie więcej niż 20—25%, a głównie używać do tego celu w zębach trzonowych amalgamatu miedzi.

W praktyce kasowej jest bardzo wiele zębów niezmiernie zniszczonych, które z tego powodu nie nadają się do innych plomb jak cementowe, tak z racji kruchości ścianek, które metalu nie wytrzymują, jak i możności komplikacyj i nawrotów, a wreszcie z tego względu, że zęby te często wymagają korony. a zatem z reguły muszą być plombowane cementem.

Tego rodzaju ograniczeń co do materjału, dawać nie należy.

Co do amalgamatu miedzi. to ten, bardzo dobry zresztą materjał nadaje się jedynie do zębów trzonowych, z centralnemi ubytkami, a nigdy do przydziąsłowych, przyczem zabarwia on ząb na czarno.

4) Nakaz leczenia zapalenia miazgi w trzonowcach tylko sposobem amputacyjnym.

Sposób ten, prócz wielkiej pedanterji i ścisłości wymaga liczenia się z podstawami naukowemi, które w niewielu względnie wypadkach metodę tę dozwalają: 1) wypadkowe obnażenie miazgi, 2) przekrwienie miazgi, 3) caries profunda bez klinicznych objawów zapalenia miazgi, 4) surowicze ostre, częściowe zapalenie miazgi. Hurtowne zaś traktowanie zębów dotkniętych różnemi licznemi formami zapaleń miazgi, jest przeżytkiem.

5) Polecenie odłożenia tymczasowo do wiosny leczenia zgorzeli w trzonowcach, — innemi słowy — zaniechać zupełnie, gdyż na wiosnę z tych odłożonych wypadków nie będzie co leczyć.

Zacytowałem tych kilka przykładów, aby wykazać, że skargi ubezpieczonych w wielu wypadkach są uzasadnione.

Pomoc dentystyczna, jaką daje Kasa Chorych swym ubezpieczonym jest niewystarczająca, nie prowadzi ona do polepszenia stanu uzębienia pacjentów a nawet nie utrzymuje go na poziomie obecnym. W tych warunkach stan uzębienia mas ubezpieczonych pogarsza się z roku na rok.

Jako jaskrawy przykład braku orjentacji w istotnych potrzebach K. Ch., rozpatrzeć obszerniej muszę fakt zorganizowania wytwórni dostawek.

Kasa Chorych m. st. Warszawy zorganizowała obecnie własną wytwórnię dostawek, zamieniając dotychczasowy system przyznawania pacjentom zapomogi pieniężnej na wstawienie zębów sztucznych u dowolnie obranych prywatnych lekarzy-dentystów.

Powierzchownie sądząc projekt ten jest słuszny i posiada rację bytu z punktu widzenia ogólno-organizacyjnego, rozpatrywany jednak pod kątem widzenia potrzeb nowoczesnej techniki dentystycznej, potrzeb pacjentów, a również ogólnego stanu obecnej organizacji zębolecznictwa Kas Chorych, zdradza, iż decyzja została przedsięwzięta zbyt pośpiesznie i stanowczo bez zaciągnięcia opinji sił fachowych.

Dotychczas Kasa Chorych, po stwierdzeniu u ubezpieczonego potrzeby zębów sztucznych, asygnowała na ten cel sumę około 3.28 zł. od zęba. Ubezpieczony zwracał się do dowolnie obranego lekarza-dentysty, który za tę cenę, lub za dopłatą, stosownie do wymagań pacjenta, wykonywał potrzebną dostawkę. Kasa Chorych rezerwowała sobie jedynie kontrolę faktycznie wykonanych protez zębowych.

W tych warunkach K. Ch. nie ponosiła żadnej odpowiedzialności — wszelkie niezadowolenie ze strony ubezpieczonego, konieczne

przeróbki i reperacje obciążały wykonywującego protezę lekarza-dentystę.

Wysuwanie dodatnich stron masowej produkcji protez, jako argument, nie wytrzymuje krytyki.

Masowe wytwarzanie posiada wszelkie dodatnie cechy w dziale standaryzowanej produkcji. Dostawki zaś są to prace indywidualne, dostosowane do każdorazowego innego układu ust, typu szczęki i t. p.

Przy masowej produkcji konieczne indywidualizowanie potrzeb każdego pacjenta będzie utrudnione, wszelkie zaś niedociągnięcia i niedokładności powiększą tylko ilość zarzutów i pretensyj i bez tego obecnie tak licznych. skierowywanych przeciwko K. Ch., dając tem łatwiejsze pole i rozszerzając możliwości grasowania na tem tle taniej demagogji.

Przy dotychczasowym systemie indywidualne życzenia ubezpieczonego: lepszy materjał, droższe wykonanie i t. p., mogły być przez lekarza dentystę, za cenę dodatkowej dopłaty, uwzględniane.

Koncentrując produkcję będzie się musiało z konieczności wszystkim pacjentom dawać jeden i ten sam typ dostawek, a uwzględniając, iż K. Ch. opierać się musi na najtańszych materjałach i najprostszem technicznem wykonaniu, a ustawowo nie mogąc przyjmować od członków dodatkowych opłat uniemożliwi się całej kategorji ubezpieczonych, posiadających większe wymagania, zdobycie zadawalniających ich protez.

Podkreślić muszę, iż ze względu na niską kalkulację istnieje podobno zamiar stosowania przy protezach klamer z nierdzewiejącej stali jak również stosowania w poszczególnych wypadkach „randolfu" zamiast złota. Jak jedno tak i drugie należy wykluczyć. Stal — jako twardsza od złota — niszczy emalję zębów, randolf zaś będąc wręcz szkodliwym dla zdrowia, w Kasie Chorych jest niedopuszczalny.

Organizując wytwórnię dostawek trzeba również uwzględnić, z jednej strony trudności kontroli zużycia materjałów przez techników, które to zużycie nie da się określić ścisłemi i absolutnemi normami, dając pole możliwości licznych nadużyć. Z drugiej strony, dotychczasowa praca techników, wykonywana pod kierunkiem zainteresowanych osobistości lekarzy-dentystów, musi ulec znacznemu obniżeniu jakości przy masowej produkcji w wytwórni K. Ch., gdzie czas pracy każdego technika musi być maksymalnie wykorzystywany, a nadzór fachowy, z racji oszczędności, ograniczony do minimum.

Wreszcie argument najważniejszy.

Na organizację wytwórni dostawek przy K. Ch. zgodziłby się

można, gdyby dział zębolecznictwa stał już dzisiaj na wyżynie przynajmniej zadawalniającej. W tym wypadku uważaćby to można jako zakończenie całkowitej organizacji zębolecznictwa. Przy faktycznym stanie obecnym jest to anachronizmem.

Dziś, gdy nakazem konieczności jest wybitne zwiększenie istniejącej już pomocy lekarsko-dentystycznej, w tych ciężkich warunkach kasuje się jeszcze już istniejące ambulatorjum (5 foteli), by drogą tej oszczędności stworzyć bądź co bądź luksusową wytwórnię zębów sztucznych, bez istnienia której K. Ch. mogłaby spełniać swe zadanie zębolecznictwa bez uszczerbku dla ubezpieczonych.

Jeżeli uwzględni się tezę lekarską, że głównym zadaniem jest zapobieganie — następnie leczenie — a dopiero w ostateczności usuwanie zębów i zastępowanie protezami, to przekonamy się, że zorganizowanie wytwórni dostawek w K. Ch. stoi całkowicie w sprzeczności z powyższym dogmatem lekarskim.

Projektodawcy wytwórni protez przy K. Ch. za główny cel mieli prawodopodobnie osiągnięcie tą drogą oszczędności budżetowych.

Niewątpliwie, projektując kosztorys, można osiągnąć cenę zęba niższą niż obecnie asygnowane 3.28 zł.

Do projektów kosztorysów należy jednak odnosić się raczej krytycznie, gdyż koszty wytworzenia dostawki obniżą nadmiernie koszta administracyjne, a mianowicie:

18 godz. dziennie lek.-dent. 3.835,— zł. mies.; starszy technik 1.200,— zł. mies.; 15 techników 5.400.— zł. mies.; 2 sanitarjuszki i urzędnik 800,— zł. mies; razem 11.235,— zł. miesięcznie
co stanowi roczną sumę 133.055,— zł., zwiększoną do minimum 150.000,— zł. kosztami woźnego, niższej służby, pomieszczenia, oświetlenia, gazu i t. d. Paradoksalnym jest fakt, iż dotychczas K. Ch. jako całkowity ryczałt na dostawki wydatkowała miesięcznie około 20.000,— zł. — t. j. rocznie 240.000,— zł.

Widzimy więc, iż koszty administracji projektowanej wytwórni dostawek stanowić będą do 60°/₀ sumy dotychczas wypłaconej, jako zasiłek na wstawianie zębów sztucznych.

Czynnikom, projektującym wytwórnię dostawek, musiało być wiadomem, iż analogiczny projekt rozpatrywany był już w 1927 r. i stosownie do istniejącego protokułu z dnia 28.IX.1927 r., głosy fachowe, a między innemi „wybitny i miarodajny stomatolog z Państwowego Instytutu Dentystycznego“ wypowiedział się krytycznie przeciwko podobnej organizacji, podkreślając szkodliwość wszelkiej monopolizacji robót techniczno-dentystycznych.

Stan zębolecznictwa, który tu przedstawiłem oparty jest na mych spostrzeżeniach, dotyczących K. Ch. m. st. Warszawy.

Analogiczne warunki znajdujemy we wszystkich Kasach Chorych większych miast Polski. Różnice jedynie spotykamy w Powiatowych Kasach Chorych okręgów wiejskich, gdzie pomoc dentystyczna pozostawia jeszcze więcej do życzenia.

Streszczając me krytyczne uwagi chciałbym również przedstawić tych kilka poniższych wniosków, zdaniem mojem, mogących znacznie polepszyć pomoc dentystyczną w K. Ch.

1) Do Rady Lekarskiej K. Ch. powołać stomatolga, którego głos decydowałby o wszystkich sprawach, tak organizacyjnych, jak i lekarsko-dentystycznych, w szczególności o sprawach zębolecznictwa zachowawczego.

2) Poddać gruntownej i fachowej rewizji wszystkie dotychczasowe zarządzenia, dotyczące zębolecznictwa w K. Ch.

3) Zachować system pomocy ambulatoryjnej w K. Ch. większych miast, gdzie już ambulatorja te istnieją. W Powiatowych Kasach Chorych, gdzie to jest możliwe, przejść na system wolnego wyboru zakontraktowanych lekarzy-dentystów miejscowych, gdyż prowadzenie małego ambulatorjum często zbytnio obciąża budżet kosztami administracyjnemi.

4) Zwiększyć ilość istniejących przychodni dentystycznych do rzeczywistych potrzeb i tak naprzykład, w Warszawie zwiększenie to tymczasowo winno się wyrazić liczbą 63-ch istniejących foteli do 86-ciu minimum, tak aby móc osiągnąć normę przyjmowania pacjentów przez lekarzy dentystów: na pierwszej pomocy — 5 na godzinę, na zachowawczej — 3 godziny.

5) Nie tworzyć nielicznych a wielkich przychodni, lecz odwrotnie, decentralizować na rozrzucone po licznych dzielnicach, ambulatorja, posiadające do 5-ciu foteli.

Trzeba jako normę przyjąć, aby pacjent mógł być przyjmowanym maksymalnie w odstępach 3-dniowych.

6) Zwiększyć ilość przyjmujących lekarzy-dentystów, tak, aby każdy pracował nie więcej nad cztery godziny dziennie.

Stabilizować pracujących dotychczas. Przyjmując nowych należy zwracać pieczołowitą uwagę na ich dobór, zarówno co do wartości moralnych, jak przedewszystkiem, co do poziomu umiejętności fachowych. Przyjmować tylko siły pełnowartościowe.

7) Przy oddziale chirurgiczno-stomatologicznym K. Ch. m. st.

Warszawy stworzyć kilka łóżek celem umożliwienia przeprowadzenia leczenia wypadków nie nadających się do leczenia ambulatoryjnego.

8) Lekarze dentyści przydzieleni do pierwszej pomocy winni otrzymać co 6 miesięcy urlop 14-dniowy poza normalnym urlopem wypoczynkowym.

9) Kierownikom przychodni dentystycznych podporządkować cały personel pomocniczy, a nie jak dotychczas bezpośrednio kierownikom dzielnic. Gdyby realizacja punktów 4, 5, 6 ze względów technicznych nie była możliwą, to proponowałbym:

10) Utrzymać moc ambulatoryjną w dotychczasowym stanie, a nadmiarowi pacjentów, których przychodnie K. Ch. leczyć nie byłyby w możności, pozostawić dowolny wybór zakontraktowanych uprzednio lekarzy-dentystów, rezerwując jedynie dla K. Ch. wskazanie udzielania jakości pomocy dentystycznej i kontrolę jej wykonania.

Realizacja tych wniosków posiada swą ujemną zasadniczą stronę, a mianowicie, konieczność wydatnego zwiększenia budżetowej sumy K. Ch. na pomoc dentystyczną. Faktem bezsprzecznym jest, iż dobra dentystyka musi być kosztowna.

Gdyby ze względów ogólno-organizacyjnych K. Ch. zwiększenie budżetu dentystyki było niemożliwe, to jestem zdania, iż w tym wypadku należałoby zastosować bardzo radykalne środki.

Sumy przeznaczone na dentystykę, obrócić na polepszenie jakiego innego działu lecznictwa K. Ch., dentystykę zachowawczą dla ubezpieczonych zawiesić do czasu możliwości postawienia jej na odpowiednim poziomie, ograniczając się tylko do udzielenia pierwszej pomocy i pozostawiając tak ważną placówkę, jaką jest oddział chirurgiczno-stomatologiczny.

Lepiej rozwinąć do pewnej doskonałości pomoc w innej dziedzinie lekarskiej, niż łudzić siebie, a przedewszystkiem ubezpieczonych, że udziela się im pomocy dentystycznej, gdyż w rzeczywistości pomoc ta jest fikcją. Nie uwzględnia ona potrzeb i wymogów ubezpieczonych, interesu ich zdrowia i stoi w rażącej sprzeczności z zasadami nowoczesnej stomatologji.

Pomoc lekarsko-dentystyczna winna być udzielana szybko, sprawnie, z zadawalniającym wynikiem, stan jej obecny bowiem stoi w rażącej sprzeczności z powyższemi zasadami, zawartemi w Rozporządzeniu Pana Ministra Pracy i Opieki Społecznej z dnia 3.XII.1929 r.

Warszawa, w marcu 1930 r.

DRUKARNIA ZAKŁ. WYDAWN. M. ARCT, SP. AKC. W WARSZAWIE, CZERNIAKOWSKA 225.